

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

473

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Chantal CAMBIER, née LAFLECHE

Née le 6 février 1936, à Paris 16^e

Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 1964

ESSAI CLINIQUE DU G. 32883
COMME TRAITEMENT
DE LA NEURALGIE DU TRIJUMEAU

Président : M. CASTAIGNE, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : CAMBIER

Prénom : CHANTAL

Nom de Jeune Fille : LAFLECHE

Date de soutenance : 25 mai 1964

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

CAMBIER (CHANTAL), née
LAFLECHE — Essai clinique
du G 32883, comme traitement
de la névralgie du trijumeau.
— Paris, Imp. R. Foulon & Cie,
1964, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

CAMBIER (CHANTAL), née
LAFLECHE — Essai clinique
du G 32883, comme traitement
de la névralgie du trijumeau.
— Paris, Imp. R. Foulon & Cie,
1964, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

CAMBIER (CHANTAL), née
LAFLECHE — Essai clinique
du G 32883, comme traitement
de la névralgie du trijumeau.
— Paris, Imp. R. Foulon & Cie,
1964, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

CAMBIER (CHANTAL), née
LAFLECHE — Essai clinique
du G 32883, comme traitement
de la névralgie du trijumeau.
— Paris, Imp. R. Foulon & Cie,
1964, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Chantal CAMBIER, née LAFLECHE

Née le 6 février 1936, à Paris 16^e

Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 1964

ESSAI CLINIQUE DU G. 32883
COMME TRAITEMENT
DE LA NEVRALGIE DU TRIJUMEAU

Président : M. CASTAIGNE, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique . .	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports .	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale . . .	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TÜCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven. . .	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale . .	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire . .	TURIAF (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée .	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	OLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais) . . .	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.); - <i>Cochin</i> : LEGER (L.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.); - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.); - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.); - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (En- fants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca). .	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . .	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) . .	DELAY (J.)
— malad. metab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière) . .	CASTAIGNE (P.)



MM.	Cliniques :	MM.
médicales : <i>Broussais</i> : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - <i>Cochin</i> : BROUET (G.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.); - <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE); - <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).	— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...	
d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. DEBRAY (Ch.)	— pneumo-ptisiologie (Laennec) .. BERNARD (E.)	
médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. MARIE (J.)	— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .. MICHAUX (L.)	
médicale propédeutique (Broussais) .. JUSTIN-BESANÇON (L.)	— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. COSTE (F.)	
médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. DEROT (M.)	— stomato. (Salpêtrière) .. DECHAUME (M.)	
neuro-chirurgie (Pitié) .. DAVID (M.)	— thérapeutique chirurg. (Vaugirard) .. ROUX (M.)	
neurolog. (Salpêtrière) .. GARCIN (R.)	— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. LEMAIRE (A.)	
obstétricales : <i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.); - <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	— toxicologique .. GAULTIER (M.)	
obstétricale et gynécol. (Port-Royal) .. VARANGOT (J.)	— urologique (Cochin) .. ABOULKER (P.)	
ophtalmol. (Hôtel-Dieu) .. RENARD (G.)	— chirurg. orthopédique et traumatologique .. PADOVANI (P.)	
» (Cochin) .. OFFRET (G.)	Séméiologie médicale .. DOMART (A.)	
oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) .. AUBRY (M.)	Séméiologie et clinique chirurgicales .. POILLEUX (F.)	
	Séméiologie traumatique et orthopédique .. JUDET (R.)	
	Clinique urolog. (Necker) .. COUVELAIRE (R.)	
	Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau) N...	

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

hydrologie et climatologie .. GIBERTON (A.)	Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
maladies infectieuses .. BASTIN (R.)	Rhumatologie .. DELBARRE (F.)
Oto-Rhino-Laryngologie .. MADURO (R.)	
pneumo-Phtisiologie .. KREIS (B.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

<i>Anatomie</i> : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).	<i>Hématologie</i> : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).
<i>Anatomie pathologique</i> : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) <i>pr. s. ch.</i> MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), <i>pr. s. ch.</i> ; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).	<i>Histologie</i> : MM. COUJARD (R.), <i>p. s. ch.</i> ; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).
<i>Anesthésiologie</i> : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).	<i>Hydrologie</i> : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).
<i>Bactériologie</i> : MM. BARBIER (P.); <i>pr. s. ch.</i> ; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).	<i>Hygiène</i> : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).
<i>Biochimie médicale</i> : MM. BAULIEU (Et.), <i>m. conf.</i> ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), <i>pr. s. ch.</i> ; CORNILLOT (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).	<i>Maladies infectieuses</i> : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).
<i>Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports</i> : M. PLAS (F.).	<i>Maladies métaboliques</i> : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHET (G.); SEBAOUN (J.).
<i>Biologie médicale</i> : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), <i>pr. s. ch.</i>	<i>Médecine légale</i> : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).
<i>Carcinologie</i> : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).	<i>Médecine du Travail</i> : M. ALBAHARY (C.).
<i>Cardiologie</i> : M. HATT (P.-Y.).	<i>Neuro-chirurgie</i> : M. PERTUISSET (B.).
<i>Dermato-Syphiligraphie</i> : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).	<i>Neuro-Psychiatrie</i> : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBoullet (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).
<i>Electro-Radiologie</i> : MM. HEITZ (F.), <i>m. conf.</i> ; LEDOUX-LEBARD (G.).	<i>Obstétrique</i> : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M ^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).
<i>Embryologie</i> : M. ROUX (Ch.).	<i>Ophthalmologie</i> : M ^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).
	<i>Orthopédie</i> : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).
	<i>Oto-Rhino-Laryngologie</i> : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. DE); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALI-SON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAPOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.)

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);

Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURSA-GET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

A MES PARENTS

A MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR J. CAMBIER

*En témoignage d'affection et d'admiration
pour sa compétence et son dévouement.*

A MON BEAU-FRÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CAMBIER

*Que je remercie de tout cœur pour l'aide
et les conseils qu'il m'a apportés dans la
rédaction de ce travail.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses (Salpêtrière)
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter d'être mon
président de thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERRAND

Médecin du Centre Hospitalier de Soissons

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE GROOTE

Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier de Soissons

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GENNES

MONSIEUR LE DOCTEUR BENDA

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERKLEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHEY

MONSIEUR LE DOCTEUR LEROUX-ROBERT

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD-MARCHAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOLLARET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LACOMME

INTRODUCTION

« En 1846, je voyais entrer dans mon cabinet un homme de cinquante-cinq ans environ, semblant appartenir à la classe la plus élevée de la société. Il s'était à peine assis auprès de moi que tout à coup il se dressa comme s'il eut été mû par un ressort, en portant rapidement les mains sur le côté du visage qui grimaçait convulsivement ; il se mit à se promener en frappant du pied avec une sorte de rage, gémissant, blasphémant comme un insensé. Cette scène étrange dura une minute et mon homme se rassit. Monsieur, lui dis-je, avant qu'il eut lui-même dit un mot, je sais ce que vous avez. »

Décrite en ces termes il y a plus d'un siècle par TROUSSEAU, la névralgie essentielle du trijumeau reste encore une maladie redoutable. Elle se manifeste par des douleurs en éclair, intolérables, déclenchées par l'attouchement d'une zone d'élection ou « trigger zone », le plus souvent localisée au pourtour d'un orifice naturel de la face. La douleur siège au début dans le territoire d'une seule branche du nerf, mais elle s'étend fréquemment à l'ensemble du trijumeau au cours de l'évolution. Les facteurs déclenchants en sont les repas, les ablutions, l'élocution, de telle sorte que ces malades ne s'alimentent plus, ne se lavent plus, n'osent à peine parler, de peur d'entraîner l'apparition d'une crise. La douleur évolue par accès de dix à trente secondes entre lesquelles ne persiste aucune algie. Elle ne s'accompagne d'aucun signe objectif d'atteinte de la cinquième paire crânienne. L'évolution de la maladie est chronique et les rémissions sont de plus en plus brèves.

Considérée autrefois comme incurable, cette maladie ne comportait, jusqu'à ces dernières années, aucun traitement médical véritablement valable et infaillible. Les antalgiques et analgésiques habituels sont totalement inefficaces. Quant aux médicaments inscrits au tableau B, ils ne doivent pas être utilisés en raison du risque certain de toxicomanie qu'ils comportent. L'utilisation de médicaments ayant une action sédative sur les crises douloureuses, se heurtait jusqu'ici à des difficultés apparemment insurmontables, tenant essentiellement au

manque de spécificité de ces drogues et à leur marge thérapeutique faible. Ils présentent tous l'inconvénient d'entraîner des effets secondaires dus à la nécessité d'utiliser une posologie élevée et d'entretenir un traitement prolongé.

Les techniques chirurgicales et parachirurgicales, auxquelles on est souvent obligé de recourir, sont nombreuses. Leur diversité est la preuve des difficultés thérapeutiques rencontrées dans cette maladie. S'il en existe de bonnes, susceptibles d'apporter un résultat définitif, elles présentent toutes des inconvénients qui les empêchent d'être idéales.

Une chimiothérapie médicale, efficace et pratique, devrait bloquer le mécanisme donnant naissance aux crises douloureuses [2]. En d'autres termes, il faudrait trouver un moyen de bloquer à la fois la transmission synaptique normale et la transmission synaptique pathologique dans le territoire du trijumeau. Il faudrait, en outre, que le produit utilisé n'ait aucune action sur les autres fonctions cérébrales, et qu'il puisse être administré pendant un temps suffisamment long sans entraîner d'épuisement d'action ni d'intolérance.

Une telle thérapeutique devrait satisfaire à une série de conditions élémentaires qui peuvent être exprimées comme suit :

- a) Le médicament envisagé doit être capable de supprimer immédiatement et entièrement une crise douloureuse aux doses thérapeutiques habituelles.
- b) Il doit entraîner une rechute en cas de cessation du traitement.
- c) Il ne doit donner que de légers effets secondaires, respectant ainsi l'intégrité du système nerveux central.
- d) Il doit être efficace même en cas de rechute.

Quelques traitements classiques [1] gardent encore leur intérêt, bien qu'ils ne répondent pas à ces conditions, car leur effet calmant est loin d'être négligeable. Nous les passerons rapidement en revue avant de commenter les résultats de notre expérimentation clinique d'un nouveau médicament.

Il s'agit du G. 32883 (Tegretol) que nous avons expérimenté à la Salpêtrière dans le Service du Professeur CASTAIGNE. Nous nous attacherons à démontrer que ce médicament satisfait aux conditions énumérées ci-dessus.

— *L'Aconitine* est efficace, mais délicate à manier. Elle nécessite en effet une posologie élevée, à la limite de la dose toxique, et n'est souvent pas bien tolérée.

— *Le Gelsenium sempervirens* serait assez efficace, mais son effet est inconstant et l'épuisement d'action fréquent.

On n'utilise plus guère le *Valérianate de Quinine*, les doses nécessaires étant trop élevées.

Il en est de même pour le *Sous-Carbonate de fer* qui est habituellement mal toléré, et la *Stilbamidine* dont l'utilisation par voie veineuse est peu pratique et les effets très inconstants.

— La *Vitamine B 12* utilisée à fortes doses ne présente pas d'inconvénients, mais son efficacité est minime et généralement peu durable.

— Depuis une vingtaine d'années, on utilise de façon courante le *Diphényl-hydantoïate de Soude* (Solantyl), produit intéressant à retenir, expérimentée par M. BERGOUIGNAN [3, 6] en 1942, pour ses remarquables propriétés anticonvulsivantes et son action antalgique dans la névralgie faciale. Des résultats plus récents sur l'action antalgique de la diphényl-hydantoïne dans la névralgie faciale ont été publiés [4, 5, 7]. Ce médicament peut suspendre un accès très douloureux dans 50 % des cas [1, 6]. Toutefois les échecs initiaux sont fréquents et l'épuisement d'action est de règle [1]. Ajoutons à ces inconvénients la nécessité d'entretenir un traitement prolongé avec une posologie élevée, d'où l'apparition fréquente de phénomènes d'intolérances. Néanmoins de bons résultats ont été obtenus par certains auteurs [3, 4, 5, 7].

Plus récemment, des drogues nouvelles ont été expérimentées et utilisées dans le traitement de la névralgie faciale. Elles permettent d'obtenir un soulagement appréciable de très fortes poussées. De plus, leur action est purement symptomatique et cesse à l'arrêt du traitement. Il y a parfois cependant épuisement d'action au cours d'un traitement prolongé.

Parmi ces produits [1], nous citerons :

— *La Lévomépromazine* (Nozinan) qui a donné de bons résultats. Mais les doses élevées nécessaires peuvent entraîner des incidents tels qu'hypotension artérielle, et des manifestations nerveuses telles qu'akinésie, hypertonie ou dyskinésie chronique bucco-faciale.

— *L'Imipramine* (Tofranil) qui est utilisée, soit en association avec la lévomépromazine, soit isolément. Mais des incidents, tels que tremblements ou sueurs, peuvent survenir à la suite d'une administration prolongée. Ces incidents cessent à l'arrêt du traitement.

— *Le Chlorprotixène* (Taractan) qui a des effets appréciables mais inconstants.

— *La Triméprimine* (Surmontil) qui a des effets inconstants et dont l'épuisement d'action est fréquent.

* *

A cette liste de produits plus ou moins actifs dans la névralgie essentielle du trijumeau, vient de s'ajouter le 5-Carbamyl-Dibenzo (b,f)-azépine, ou G 32883 (Tegretol), qui a d'abord été expérimenté pour ses propriétés anti-convulsivantes dans le traitement des comitialités [8, 9, 10, 11, 13]. Il semble apporter un élément nouveau et intéressant à la thérapeutique médicale de la névralgie faciale.

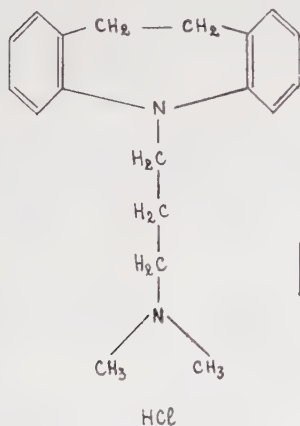
TEGRETOL

I. — CARACTÉRISTIQUES PHYSICO-CHIMIQUES

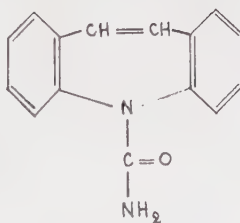
Les caractéristiques physico-chimiques du G 32883 ou Tegretol ont fait l'objet de descriptions détaillées dans des publications antérieures [15].

Le G 32883, qui appartient au groupe des Dibenzo-Azépine, est un dérivé de l'Iminostilbène.

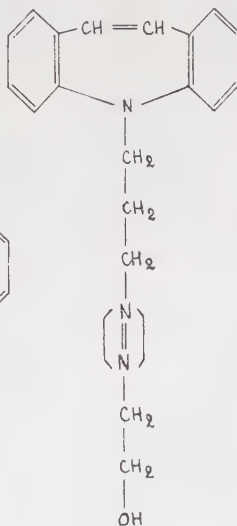
Sa formule chimique est le 5-Carbamyl-Dibenzo (b,f)-Azépine. Cette formule est proche de celle de l'Insidon et du Tofranil et n'a aucun rapport avec celle des sédatifs et anticonvulsivants utilisés à l'heure actuelle. Il se distingue du Tofranil par une double liaison en C 10 et C 11, la longue chaîne latérale de l'Insidon et du Tofranil se limitant pour le G 32883 à un groupe Carbamyl.



TOFRANIL



G 32883



INSIDON

II. — EXPÉRIMENTATIONS SUR L'ANIMAL

[11, 12, 15, 17]

Les expérimentations sur l'animal démontrent que le Tegretol a les propriétés suivantes :

Chez des animaux normaux (rats), le G. 32883, à la dose de 500 mg/kg, *per os*, n'a pas d'action sensible sur le comportement. A partir de 1000 mg/kg, il apparaît des effets secondaires qui s'expriment tout d'abord par des troubles de la coordination des mouvements. Plus tard on observe stupeur, extension des extrémités avec apparition de flexibilité cirreuse. Des doses encore plus fortes provoquent décubitus ventro-latéral, accélération de la respiration, opisthotonos, soubresauts et parfois convulsions cloniques [15].

Au premier plan du tableau pharmacologique du G. 32883, on remarque son action anticonvulsivante [12, 15].

Le plus frappant est la grande efficacité du produit sur les convulsions électrogènes du rat. Une dose de 50 mg/kg permet presque de doubler le seuil convulsif de déclenchement de convulsions maximales. Il suffit de 6 mg/kg *per os* pour prévenir chez 50 % des animaux les convulsions des extenseurs des extrémités postérieures. La moitié des animaux est totalement protégée des convulsions par 18 mg/kg *per os*. Les essais montrent nettement que l'efficacité du G. 32883 se maintient avec une intensité presque égale pendant toute la durée de l'observation, soit huit heures. On remarque toutefois un maximum d'efficacité pendant les trois heures qui suivent l'administration du produit.

L'indice thérapeutique (dose qui provoque chez 50 % des animaux des effets neurologiques toxiques, dose qui déploie chez 50 % des animaux une action anticonvulsivante) est, chez le rat, pour l'électrochoc, supérieur à 150 [15]. Il surpasse largement celui des anti-épileptiques les plus utilisés.

La toxicité est nulle aux doses thérapeutiques, puisque une dose quotidienne de 500 mg/kg chez le rat ne montre qu'un effet stuporeux qui disparaît après deux semaines d'administration du produit [15].

La DL₅₀, dans l'expérience de la toxicité aiguë, s'élève à 3.750 mg/kg environ chez la souris et 5.025 mg/kg chez le rat [11, 15].

On est frappé également par la forte action anticonvulsivante du produit à l'égard de la strychnine. Cette action parle en faveur d'un point d'impact au niveau de la moelle. L'effet antagoniste sur les

convulsivants d'action plus centrale, le cardiazol, la picrotoxine et l'amphétamine, est plus faible (décroissant dans l'ordre d'énumération de ces produits). Il faut relever que ce sont surtout les crampes déclenchant des convulsions toniques qui sont inhibées.

L'étude des réflexes spinaux et bulbaires montre également que le G. 32883 agit en plusieurs points du système nerveux central. Les essais d'orientation sur la souris et l'expérimentation précise des réflexes somatiques, spinaux et bulbaires, sur le chat, montrent que le produit a une nette action relaxante sur la musculature. Tandis que les réflexes linguo-mandibulaires (polysynaptiques) et le réflexe des fléchisseurs sont inhibés, le réflexe patellaire (mono-synaptique) est à peine influencé [17, 15]. Ce dernier peut même être accentué par des doses qui suppriment complètement le réflexe des fléchisseurs. Enfin, la conduction neuro-musculaire est abaissée par le G. 32883. Chez l'animal, le produit a une action tranquillisante et sédative significative, toutefois peu accentuée. Il n'a pas d'effet narcotique propre. Il n'influence pas le centre du vomissement. Il n'a enfin qu'un très faible effet analgésique. Son action sur la tension artérielle, en injection intraveineuse, n'est pas particulièrement marquée. Il faut des doses d'environ 50 mg/kg et plus pour produire une chute tensionnelle sensible. La toxicité orale très faible du produit laisse donc entrevoir une marge thérapeutique étendue.

III. — EN PATHOLOGIE HUMAINE

Le G. 32883 a d'abord été expérimenté pour ses propriétés anticomitiales et les résultats ont été rapportés par M. BONDUELLE et ses collaborateurs après trois années d'expérimentation [8, 13]. Ces communications en ont indiqué l'originalité et l'intérêt thérapeutique. Des résultats analogues ont été publiés par M. LORGE, de Zurich [9, 14], et par d'autres auteurs [8, 9, 10, 11, 13].

Le G. 32883 a été administré à des comitiaux mal équilibrés par les thérapeutiques classiques, suivis cliniquement et électriquement pendant plusieurs mois. Dans la plupart des cas, le traitement de fond à base de phénobarbital, seul ou associé à un autre médicament anticonvulsivant, a été maintenu. Mais on a pu aboutir à une diminution parfois considérable de médication anticonvulsivante.

Les résultats ont été remarquables dans l'épilepsie de type grand mal et surtout dans l'épilepsie temporale. Les résultats ont été médiocres dans l'épilepsie de type petit mal et l'épilepsie de type mixte [8, 9, 11]. L'action psychotrope du produit paraît indéniable.

Elle se traduit par une nette amélioration du comportement affectif et social, amélioration portant sur la bradypsychie, sur l'irritabilité et l'anxiété [13].

Le G. 32883 peut être considéré comme une excellente médication d'appoint dans le traitement des comitialités, qui mérite d'être utilisée surtout dans les cas difficiles à équilibrer. Il permet, en effet, une réduction sensible de la médication anticonvulsivante associée et, du fait de son excellente tolérance, diminue les inconvénients et phénomènes secondaires qui découlent de l'utilisation de celle-ci.

EXPERIMENTATION CLINIQUE DANS LA NEURALGIE ESSENTIELLE DU TRIJUMEAU

C'est un neurologue suédois, S. BLOM, d'Upsala, qui publia en avril 1962 [7] les premiers résultats du G. 32883 dans le traitement de la névralgie faciale. Il obtenait 10 bons résultats immédiats sur 11 cas traités.

Les effets antalgiques du G. 32883 furent comparés à ceux d'un autre anticonvulsivant, le diphényl-hydantoïne de soude, bien que ces deux médicaments ne possèdent aucune parenté chimique.

Certains auteurs [3, 4, 5], à l'appui de leurs expérimentations, étaient convaincus de l'efficacité du diphényl-hydantoïne de soude dans le traitement de la névralgie faciale. D'autres auteurs [18] étaient moins enthousiastes. S. BLOM rapporte d'abord dans cette publication [7] les résultats obtenus avec la diphényl-hydantoïne chez 22 malades suivis depuis trois ans :

- 8 très bons résultats ;
- 9 résultats moyens ;
- 1 résultat médiocre ;
- 4 échecs.

Des effets secondaires, imputables aux fortes doses utilisées (600 mg), ont été observés dans 14 cas, parfois légers, parfois très importants, intolérables dans 2 cas. Des doses plus faibles restaient inefficaces sur les crises douloureuses.

Enfin, dans 2 cas, après un excellent effet du produit au début, il y eut épuisement d'action au bout de deux ans.

Les résultats obtenus avec le G. 32883 sont ensuite rapportés. Sur les malades traités par le diphényl-hydantoïne de soude, les 4 derniers, qui n'avaient pas donné de bons résultats avec ce produit, ont obtenu une suppression complète et immédiate de leurs crises avec le G. 32883.

Les 11 malades traités par le G. 32883 ont reçu une dose quotidienne *per os* variant de 400 mg à 800 mg et ils ont été suivis pendant un peu plus de six mois. Les résultats ont été les suivants :

- 6 très bons résultats ;
- 4 bons résultats ;
- 1 résultat moyen.

BLOM a noté que pour les 10 cas classés comme très bons et bons résultats, l'efficacité du médicament a été quasi immédiate : suppression de la crise douloureuse en vingt-quatre heures avec rechute en cas de cessation, mais reprise dès que le traitement est recommencé.

Pour les 4 cas classés comme bons résultats, il persistait une sensation dysesthésique ou une vague gêne intermittente du territoire précédemment douloureux. Pour le cas classé comme moyen, les crises étaient devenues beaucoup moins fréquentes, mais il persistait encore quelques paroxysmes douloureux.

BLOM a remarqué enfin que le produit était généralement très bien toléré à la dose variant de 3 à 6 comprimés de 200 mg par jour, et il affirme que les résultats obtenus avec le G. 32883 sont incontestablement supérieurs à ceux obtenus avec la diphényl-hydantoïne.

Dans une publication plus récente [2], S. BLOM a fait paraître les résultats de ses nouvelles expérimentations avec le G. 32883, portant sur 40 cas de névralgie faciale :

- 36 de ces 40 malades ont vu disparaître leurs crises douloureuses totalement dans les vingt-quatre heures ;
- 3 des 4 malades qui n'ont pas donné de bons résultats avec le G. 32883 seul, ont réagi de façon satisfaisante à une association du produit avec le diphényl-hydantoïlate de soude ;
- 37 malades ont pris du G. 32883 pendant six mois ou plus. 32 n'ont pas eu de rechute ; 2 des 5 restants qui n'ont pas vu disparaître entièrement leurs crises, ont réagi favorablement à une association des deux produits ;
- les malades qui ont interrompu leur traitement parce qu'ils se croyaient guéris, ont eu une rechute dans les vingt-quatre heures. Mais les crises ont à nouveau disparu en vingt-quatre heures dès la reprise du traitement.

* *

En France, M. BONDUELLE et ses collaborateurs [16] ont traité 26 malades atteints de névralgie du trijumeau avec le G. 32883. Ces

malades ont été suivis pendant plusieurs mois. Ils avaient tous reçu antérieurement les thérapeutiques classiques de la maladie. Certains avaient subi une alcoolisation périphérique ou du ganglion de Gasser.

Sur ces 26 malades, M. BONDUELLE, R. HOUDART et P. BOUYGUES ont obtenu les résultats suivants :

- 19 très bons ou bons résultats ;
- 3 résultats moyens ;
- 4 échecs.

Les très bons ou bons résultats sont comparables à ceux obtenus par S. BLOM [2, 7]. Il y a persistance de quelques paroxysmes douloureux dans les cas classés comme moyens. Les échecs sont dus à une intolérance digestive dans un cas, à une inefficacité du produit, totale ou partielle, dans 3 cas.

L'efficacité du G. 32883 dans le traitement de la névralgie faciale ne fait aucun doute pour ces auteurs, qui notent à ce propos que lorsque le traitement est efficace, il l'est à doses modérées et immédiatement.

* *

Des résultats comparables ont été publiés par J. SIGWALD et Ph. RAVERDY [1] qui ont utilisé le G. 32883 chez 9 malades atteints de névralgie du trijumeau. Ils ont obtenu :

- 1 très bon résultat ;
- 7 bons résultats ;
- 1 résultat assez bon.

Toutefois, chez 4 des 7 malades classés parmi les bons résultats, il y a eu épuisement secondaire.

OBSERVATIONS

Notre étude, menée à la Clinique Neurologique du Professeur CASTAIGNE, a porté sur 30 sujets qui se répartissent de la manière suivante :

- a) 20 cas de névralgie faciale essentielle ;
- b) 8 cas de névralgie faciale atypique et symptomatique ;
- c) 2 cas de névralgie du glosso-pharyngien.

I. — NÉVRALGIES FACIALES ESSENTIELLES

- OBS. N° 1 : *Mme B... Marguerite*, soixante-quatre ans

Depuis deux mois, névralgie du V gauche typique (douleur en éclair déclenchée par la mastication). Consulte le 1^{er} décembre 1962.

Examen neurologique normal.

Très améliorée par 3 à 4 comprimés de G. 32883 et ceci au bout de huit jours. Ne garde qu'un certain endolorissement local (« insignifiant » selon elle). Revue le 23 février 1963, va très bien avec seulement 2 comprimés par jour. Un essai d'arrêt a amené la reprise des crises. Continue ainsi régulièrement. Revue ensuite le 15 juin 1963. Même état. A de nouveau essayé d'arrêter : réapparition des crises. S'approvisionne régulièrement en médicament. Revue la dernière fois le 17 août 1963. Avec un recul de huit mois, le résultat peut être considéré comme excellent.

- OBS. N° 2 : *Mme L... G... Augustine*, soixante-trois ans

Névralgie ayant débuté il y a quatre ans : crises sous-orbitaires gauches, typiques. Examen neurologique normal.

Prend 3 comprimés de G. 32883 depuis le 20 novembre 1962.

Revue en consultation le 5 décembre 1962 : précise qu'elle présentait des crises douloureuses douze à quinze fois par jour qui ont disparu en deux à trois jours (crises de type « électrique » — les plus douloureuses — qui duraient quelques minutes). La disparition des crises (sous-orbitaires gauches) est *complète* : il subsiste quelques phénomènes douloureux « modérés » au niveau du pli naso-génien gauche — environ un jour sur deux.

La malade dort et mange *normalement*. Le traitement est poursuivi (3 comprimés par jour pendant un mois) et la malade reviendra consulter le 8 janvier 1963.

Revue en fait le 22 janvier 1963 : n'avait plus de comprimés depuis le 8 janvier 1963, mais n'a pas présenté de crises depuis cette date. Ne peut faire de différence entre la période du 20 décembre 1962 au 8 janvier 1963 et celle du 8 janvier 1963 au 22 janvier 1963. Remise à 3 comprimés par jour régulièrement.

Consulte à nouveau le 19 mars : une légère douleur persiste au niveau du pli naso-génien gauche et l'aile du nez. On décide de cesser tout traitement temporairement : la malade doit reprendre le médicament dès la première crise et revenir aussitôt consulter. N'a pas été revue depuis cette date.

• OBS. N° 3 : *V... Maurice*, cinquante-deux ans

Névralgie du V droit ayant débuté en 1943. Amélioré par le Dihydan en 1948. Crises très fréquentes et très intenses depuis 1952. Depuis 1961, exacerbation : crises pouvant durer jusqu'à un quart d'heure.

La stimulation d'un trigger zone (lèvre supérieure droite) détermine une brève crise (12 secondes). Le Salgydal est sans effet. Le Désernil (4 comprimés par jour) n'a qu'un effet partiel.

A partir du 29 octobre, prend progressivement 1 à 4 comprimés par jour de G. 32883. Revu le 3 novembre 1962 : prend toujours la même dose. N'a pas eu de crise depuis vingt-quatre heures pour la première fois depuis deux mois. Par la suite, prend jusqu'à 6 comprimés chaque jour.

Finalement peu amélioré, réclame une intervention (malade passé chez le Docteur HOUDART). Il semble qu'ici le traitement ait rapidement épuisé son effet.

• OBS. N° 4 : *Mme F... Eléonore*, soixante-cinq ans

Depuis sept ans, crises de névralgies faciales — d'abord intermittentes, devenues plus intenses depuis un an, quotidiennes depuis trois mois. La crise est localisée à la région sus-orbitaire droite, sans fond douloureux. Extension sous-orbitaire récente. Examen neurologique normal : bref, névralgie faciale typique.

Essai du G. 32883 durant un mois, puis 4 comprimés, puis 6. *Echec*. Malade actuellement en neuro-chirurgie (Service du Docteur HOUDART). Elle y demeure deux jours (21 au 23 décembre 1962). On tente un dernier essai durant la période des fêtes en continuant avec 6 comprimés par jour, mais l'échec est patent et une alcoolisation est envisagée.

• OBS. N° 5 : *Mme D... Gilberte*

Névralgie faciale droite essentielle ayant débuté en 1954 : crises douloureuses irrégulières au rythme de 4 à 5 par an, brèves mais atrocement douloureuses, gagnant toute l'hémiface droite. La douleur siège en dehors de l'aile droite du nez, irradiant le long de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Facteurs déclenchants classiques. Durée : 30 secondes environ.

Mise au G. 32883 le 23 janvier 1963 : 3 comprimés. Aucun résultat le 28 janvier 1963 : on monte à 5 comprimés. Disparition de toute douleur le 31 janvier 1963. Se sent très bien à partir du 5 février 1963, toujours avec 5 comprimés. Sort — toujours sous traitement (revue le 20 juillet, puis le 5 septembre). Va bien. Au total : amélioration considérable, avec maintenant plus de sept mois de recul.

• OBS. N° 6 : *M. B...*, cinquante-cinq ans

Névralgie faciale typique — 3 comprimés pendant huit jours — amélioration (crises moins nombreuses et moins douloureuses). Très transitoires, les crises reprennent très intenses la deuxième semaine (4 comprimés). Devant l'état général altéré, l'alcoolisation est décidée d'urgence (échec).

• OBS. N° 7 : *Mme D... Marie*, soixante-neuf ans

Névralgie faciale droite typique. Début en 1949. Infiltration du Gasser en 1950. Ne souffre plus pendant six ans, puis réapparition de quelques douleurs espacées. Nette récidence il y a trois mois : douleurs en éclair à début temporo-maxillaire au niveau de l'articulation, irradiant le long du bord inférieur du maxillaire inférieur.

Ex : hypoesthésie cornéenne droite légère.

Mise au traitement par le G. 32883 le 17 janvier 1963 : 2 comprimés.

On passe à 3 comprimés le 19 jusqu'au 22 janvier. La malade doit arrêter le 23 janvier, car elle présente des vertiges, des nausées et même un vomissement, en même temps que des crampes épigastriques ; mais, depuis cette date, les douleurs ont pratiquement disparu. Il ne persiste qu'un « petit courant électrique » au niveau d'une gencive de temps à autre. Signale aussi quelques fourmillements jusqu'à la pointe du menton. Peut s'alimenter normalement.

Remise le 7 février à 2 comprimés un jour sur deux + Gélusil. N'est jamais revenue consulter depuis.

• OBS. N° 8 : *Mme B... Carmen*, quarante-quatre ans

Douleur maxillaire inférieure droite et linguale apparue en novembre 1962 — évoluant comme une N.F. typique. Réaction d'une apophyse styloïde hypertrophique en février 1963 : aucun résultat. La douleur siège au bord inférieur du maxillaire inférieur et s'étend jusqu'à l'angle de la mâchoire.

Mise au G. 32883 le 5 février 1963 (3 comprimés par jour). N'a aucune crise pendant six jours, puis les crises réapparaissent sur un mode mineur. Revue le 26 février : souffre autant qu'avant. On augmente la dose : 4 comprimés, puis 5 comprimés. Malgré un traitement poursuivi un mois, on doit constater l'échec le 12 mars 1963. On fait l'essai d'un autre antalgique (le 8899), mais celui-ci se révèle encore moins actif et la malade réclame à nouveau du G. 32883. On la remet à 5 comprimés + 3 Tofranil + 2 Nozinan. Revue le 6 mai, elle semble avoir été très améliorée : cette association a été très bien supportée. On revient à 3 comprimés de G. 32883 + 1 Nozinan le soir. La malade n'a pas été revue depuis cette date.

• OBS. N° 9 : *Mme F... Marcelle*, quarante-sept ans

Névralgie faciale sous-orbitaire droite apparue en 1956 (en même temps qu'un herpès cornéen). Crises douloureuses très importantes, non calmées par de nombreux antalgiques. Alcoolisation en 1960. Sédation immédiate. Réapparition des douleurs en janvier 1963 sur un mode quasi continu. Intoxication nicotinique et par les opiacés. Contexte psychique dépressif. On essaye : Nozinan (2×25 mg) + Equanil (2 ampoules I.M.) sans succès. Puis Tofranil (3 comprimés) d'abord seul, puis en associant le G. 32883 (3 comprimés) du 16 mars au 21 mars, puis 4 comprimés du 22 mars au 29 mars. Cette association semble amener une amélioration considérable et la malade quitte l'hôpital, ne souffrant plus. Elle n'est jamais revenue consulter.

• OBS. N° 10 : *M. C... Marcel*, soixante-neuf ans

Névralgie faciale typique ayant débuté en 1951 au niveau du maxillaire inférieur droit. Alcoolisation en 1952 ; ne souffre plus durant un an, puis récidive : intervention neuro-chirurgicale (Docteur GUIOT) avec section des racines pré-bulbaires. Aucun résultat. Se plaint (26 octobre 1962) d'une brûlure permanente de l'hémiface droite. A l'examen : anesthésie cornéenne droite. Echec d'un traitement au Nozinan, puis d'une association Docélan 5000 + Véganine + Dominal. Mis le 24 mars 1963 au G. 32883 (3 comprimés). Ne revient consulter que le 29 mai : n'a pas supporté le G. 32883 (gêne épigastrique + vertiges) ; l'a cessé, puis repris par la suite sans aucun résultat, dit-il (échec de divers analgésiques par la suite : Antalvic, Melleril, Laroxyl, Procalgyl).

• OBS. N° 11 : *Mme L... Madeleine*, soixante et un ans

Névralgie faciale droite atypique depuis treize ans, occupant le territoire du maxillaire inférieur et une partie du maxillaire supérieur. Infiltrée plusieurs fois.

Mise au G. 32883 le 24 avril 1963 (3 comprimés). Revue le 14 mai, très améliorée. Signale quelques accès vertigineux. Revue le 29 mai : un seul accès douloureux depuis la mise en route du traitement (le 8 mai). Contrôle E.E.G. : normal. Revue le 15 juillet, va bien. Ne fait plus de crises (3 comprimés). Toujours sous traitement depuis.

• OBS. N° 12 : *M. B... Charles*, soixante-douze ans

Depuis trois ans, névralgie faciale avec paroxysmes envahissant toute l'hémiface gauche. Il y a deux mois, petit ictus avec hémiparésie gauche ; la zone douloureuse occupe le territoire maxillaire supérieur gauche. Traité d'abord par Solantil (2 comprimés) + Nozinan (1/2). Aucun résultat au bout d'un mois (aurait eu jusqu'à 50 crises par jour).

Mis au G. 32883 le 29 mai 1963 (4 comprimés par jour). Revu le 13 juin 1963, n'a plus que 4 à 5 crises par jour. Il persiste un fond douloureux ; le malade se trouve un peu somnolent et a de temps à autre une impression ébrieuse. On diminue un peu (3 comprimés). Mais les crises douloureuses ont tendance à augmenter. Finalement, alcoolisation.

• OBS. N° 13 : *M. R... Armand*, soixante-dix-sept ans

Névralgie faciale typique apparue depuis huit jours chez un diabétique vu le 4 mai 1963, mis au G. 32883 (3 comprimés). Est revenu chercher du G. 32883 au bout de quinze jours, mais n'est jamais revenu consulter (?).

• OBS. N° 14 : *M. B... Raoul*, soixante-quatre ans

Névralgie faciale essentielle depuis un an : début au niveau du maxillaire supérieur. La douleur s'étend à toute la joue et même au front. Depuis quinze jours, une crise tous les quarts d'heure environ.

Mis au G. 32883 le 13 juin (4 comprimés) pendant huit jours ; puis une deuxième semaine (+ 3 Nozinan). Aucun résultat. Alcoolisé le 25 juin : soulagement immédiat.

• OBS. N° 15 : *V... Louis*, cinquante-sept ans

Névralgie faciale typique gauche.

Opéré en mai 1961 pour sinusite ; un an plus tard, crises à gauche douloureuses (aile du nez et région massétérine) : 7 à 10 par jour, typiques (très brèves). Amélioré par divers antalgiques, temporairement. Depuis mai 1963, recrudescence. Hospitalisé à Vierzon (alcoolisation) sans résultat. Nozinan : 0.

Ex : normal, sauf légère diminution des mouvements de verticalité et de latéralité du regard à gauche. Artériographies, E.E.G. : normaux.

Le 6 juillet 1963, mis au G. 32883 (3 comprimés) : toute douleur disparaît en quarante-huit heures, sort le 17 juillet avec le même traitement. On avait d'abord associé le Nozinan ($4 \times 1/2$), mais on l'a supprimé ensuite. N'a plus aucune douleur faciale depuis : toujours sous traitement. Aucune modification tensionnelle : a très bien supporté l'angiographie cérébrale sous traitement.

• OBS. N° 16 : *R... Camille*, soixante-sept ans

Névralgie faciale droite typique.

En août 1961, apparition d'une douleur péri-orbitaire droite lors d'un effort de mouchage, très intense durant quelques secondes. Infiltration locale à la novocaïne : disparition de toute douleur durant six mois. Puis crises à irradiations gingivales (on lui arrache six dents). Depuis juin 1963, crises de plus en plus fréquentes provoquées par la simple ouverture de la bouche ou le contact de la lèvre supérieure.

Ex : normal, sauf hypoesthésie dans le territoire du maxillaire supérieur droit (lèvre supérieure et pommette).

Hospitalisé le 13 juillet : traité par G. 32883 (4 comprimés) ; disparition des crises, mais il subsiste quelques petites douleurs brèves. Quitte l'hôpital le 24 juillet, toujours avec 4 comprimés. Revu le 18 août. Va très bien.

Puis le 26 août, les crises ont réapparu progressivement ; à partir du 28 août, doit être hospitalisé d'urgence ; on monte à 6 comprimés, puis on y ajoute 3 comprimés de Dihydan. Echec complet. Alcoolisé : soulagement immédiat. Est sorti le 5 septembre.

• OBS. N° 17 : *S... Renée*, cinquante-six ans

Névralgie faciale typique droite. Début progressif il y a trois ans. Déclenchement à l'attouchement de la commissure buccale ; à la mastication, douleurs maxillaires inférieures irradiant vers la pointe du menton. Crises fréquentes. Vue le 16 juillet 1963 : mise à 3 comprimés de G. 32883. Revue le 30 juillet : disparition complète des crises pendant trois jours, mais réapparition de petites sensations douloureuses ensuite. Mise à 4 comprimés durant une semaine, puis à 5 comprimés durant une autre semaine.

Revue le 13 août 1963 : aucune amélioration, souffre beaucoup. Alcoolisation décidée.

• OBS. N° 18 : *S... Félicie*, soixante-six ans

Névralgie faciale gauche typique apparue il y a deux ans, trois mois, après ablation d'une dent de sagesse du maxillaire inférieur. Alcoolisation répétée du nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spix : améliorations transitoires (dix jours environ chaque fois). A une crise douloureuse tous les quarts d'heure en juillet. L'aconitine diminue seulement la douleur.

On a la notion (non certaine) d'un zona ophtalmique droit il y a deux ans.

A l'examen : cornéen aboli des deux côtés. Le diagnostic est celui de névralgie faciale essentielle.

Traitée par Nozinan (3 comprimés) du 16 juillet au 22 juillet : aucun résultat. Mise le 23 juillet au G. 32883 à la dose progressive de 1, puis 2, puis 3 comprimés : disparition immédiate et totale des crises douloureuses. Quitte l'hôpital le 3 juillet : aucune crise.

Revient consulter le 7 août : *idem*.

Puis le 31 août : *idem*. Signale quelques paresthésies si elle diminue la dose à 2 comprimés (ce qu'elle a essayé d'elle-même). Avec 4 comprimés, aucun trouble. Continue désormais à 3 comprimés par jour. Traitement en cours.

• OBS. N° 19 : B... *Geneviève*, soixante-quatorze ans

Vue pour névralgie faciale gauche évoluant depuis un an. Le 13 août 1963, recrudescence des crises depuis trois semaines : crises typiques.

Ex : sensibilité cornéenne diminuée à gauche.

H.T.A. (20 de maxima).

Mise au G. 32883 : 1 comprimé : 0 ; 3 comprimés : disparition complète des douleurs pendant cinq jours. Puis 2 crises violentes le 23 août. Le médicament paraissant bien supporté, on augmente : 5 comprimés.

Depuis, n'a plus de crises douloureuses ; va bien. Traitement en cours.

• OBS. N° 20 : D... *Angèle*, soixante-treize ans

Névralgie faciale typique (sus-orbitaire droite).

Ex neurologique : normal.

Calmée en février 1963 par injection locale de novocaïne (durant quinze jours). Echec de Nozinan, Optalidon, etc. : 3 à 4 crises (violentes) chaque jour.

Mise au G. 32883 le 13 août (3 comprimés par jour). Aucune crise durant les quatre premiers jours. Une crise (après examen oculaire) le 17 août. Puis une seule petite crise chaque jour (« très supportable », dit-elle), très localisée. Traitement en cours.

II. — NÉVRALGIES FACIALES ATYPIQUES OU SYMPTOMATIQUES

• OBS. N° 21 : B... *Hubert*, trente ans

Depuis six ans, douleur rétro-orbitaire droite + larmoiement et rhinorrhée (syndrome de Charlin) résistant aux antalgiques et antimigraineux, à l'aconitine ; légèrement amélioré par Salgydal et association avec aspirine. Réclame un soula-

gement à n'importe quel prix (1^{er} décembre 1962); mis au G. 32883. Revient le 12 décembre : a été soulagé durant deux jours, ensuite réapparition des douleurs et, au bout de deux semaines, le résultat peut être considéré comme *nul*.

• OBS. N° 22 : *M. M... Edouard*, cinquante-trois ans

Névralgie sous-orbitaire droite (mentonnière) atypique + causalgie (aile du nez, région malaire et lèvre supérieure droite). Anesthésie totale aux trois modes de la région sous-orbitaire. Anesthésie au tact et à la douleur de l'hémiface droite. Crises hyperalgiques durant vingt-quatre heures.

Antécédents : sinusite maxillaire droite en 1959. Apparition de la douleur dans les suites opératoires. Alcoolisation du Gasser en août 1961. *Echec* d'un traitement par Cyanocobalamine et de celui entrepris avec le G. 32883. L'association Tofranil + Nozinan a un certain effet, mais non décisif.

• OBS. N° 23 : *M. P... Roger*, trente et un ans

Sclérose en plaques ayant débuté en 1951 et évolué d'un seul tenant. Syndrome pyramidal des quatre membres + syndrome cérébelleux + troubles sphinctériens + névralgie du V droite depuis 1957.

La névralgie survient par crises, déclenchées par le moindre contact. Pas de trigger zone.

Mis au G. 32883 : le 5 décembre : 3 comprimés ; le 7 décembre : 4 comprimés ; le 10 décembre : 6 comprimés.

Sédation *nette* des douleurs. Le traitement a été poursuivi plusieurs mois, amenant toujours une sédation non négligeable, mais pas une disparition complète des crises.

• OBS. N° 24 : *M. D... René*, quarante-trois ans

Neuro-fibromatose de Recklinghausen avec lésions multiples. Névralgie faciale gauche ; depuis 1957, algies à la partie inférieure de l'hémiface gauche au niveau de la joue et du maxillaire inférieur, *continues*, entraînant insomnie.

Mis au G. 32883 (4 comprimés du 2 février au 24 février) une première fois sans résultat net. On arrête le traitement, puis on le reprend (3 comprimés du 10 avril au 19 avril, puis 6 comprimés pendant deux semaines).

Amélioration très partielle mais indiscutable.

• OBS. N° 25 : *R... Henriette*, soixante-dix-sept ans

Névralgie du trijumeau gauche + hypoacousie gauche + nystagmus.

Radios : lyse du rocher ; neurinome du VIII très probable ; non opérée en raison de son âge et état général médiocre.

Dihydan : 3 comprimés durant quinze jours, résultat pratiquement nul ; puis G. 32883 durant quinze jours : mieux soulagée. Malade perdue de vue.

- OBS. N° 26 : O... *Eugène*, soixante-dix ans

Algies dentaires (gauches) secondaires à l'extraction d'une dent incluse. Crises brutales durant un quart d'heure environ. Examen normal. A jusqu'à 20 crises par jour. Essais de divers antinévralgiques + vitamines : 0. Radiothérapie locale : 0. Xylocaïne locale : 0. Hospitalisé du 25 février au 7 avril. Mis au G. 32883 (3 comprimés). Soulagé, mais pas totalement.

Revu en consultation le 18 mars : état stationnaire ; on suspend le G. 32883 qu'on remplace par de l'Alcacyl. Jamais revu.

- OBS. N° 27 : C... *Gabrielle*, cinquante-quatre ans

Atteinte de plusieurs nerfs crâniens (III, V, VII) d'étiologie inconnue (artériographie et gamma-encéphalogramme normaux). Névralgie du V. Mise à 3 comprimés de G. 32883 : amélioration nette (signale quelques parasthésies des M.I.). Le traitement n'a pas été poursuivi après la sortie du malade.

- OBS. N° 28 : C... *Suzanne*, soixante-dix-sept ans

Hypocondrie ancienne + neurasthénie + N.F. signalée depuis 1960 et semblant authentique.

Très améliorée en juillet 1960 par l'association Tofranil + Nozinan.

Accentuation des névralgies faciales en mars 1963. Infiltration à la novocaïne en août : 0. Mise le 22 août à 3 comprimés de G. 32883. A signalé par la suite une amélioration nette, en cours.

III. — NÉVRALGIE DU GLOSSO-PHARYNGIEN [IX]

- OBS. N° 29 : V... *Marie*, soixante-quinze ans

En octobre 1961, douleurs très vives à la déglutition (nécrose d'un follicule lymphoïde opéré à Lille). Disparition de toute douleur jusqu'en octobre 1962 : névralgie typique du IX droit + dysphagie. Infiltration à l'alcool ; sédation.

Le 8 mars 1963 : réapparition des douleurs. Mauvais état cardio-vasculaire : ectasie aortique + signes d'I.V.G.

Hospitalisée le 23 juin : souffre beaucoup ; très gênée pour nourriture et boissons. Eubine + Salgydal.

Douleurs pharyngiennes droites irradiant vers l'angle de la mâchoire et le fond de la gorge, durant trente secondes.

Le 26 juin, Nozinan (2×25 mg) + Palfium (2 comprimés) + Nembutal (1 suppositoire) + G. 32883 (2, puis 3 comprimés). Disparition de toute douleur.

Le 2 juillet, suppression du Nozinan. On ne laisse qu'un comprimé de Palfium : n'a eu qu'une seule petite crise. Quitte le Service le 15 juillet (arrêt du Palfium le 9 juillet) ; n'a eu que 4 petites crises le 4 juillet, puis plus rien. Non revue depuis.

• OBS. N° 30 : *M. B...*, soixante-huit ans

Névralgie du glosso-pharyngien de siège rétro-maxillaire, irradiant vers l'oreille, provoquée non par la parole, mais par la déglutition et la stimulation de la muqueuse sous-amygdalienne.

Début en 1961 : un seul accès ayant duré moins d'une minute. Deuxième accès en 1962 : crises douloureuses répétées pendant une journée. Troisième période, névralgique en septembre 1962, durant deux à trois semaines.

Quatrième accès actuellement (octobre 1963) : souffre sans interruption depuis une semaine.

Amélioré transitoirement par le Dihydan et peu par le Nozinan.

Mis à 3 comprimés de G. 32883.

Disparition de toute douleur en vingt-quatre heures. Il ne subsiste que quelques paresthésies non gênantes pour le malade. Traitement en cours.

RESULTATS

a) Sur 20 cas de névralgie faciale essentielle, 11 ont été franchement améliorés. Dans 6 cas, les crises douloureuses ont complètement disparu (*obs. n^{os} 1, 2, 11, 15, 18 et 19*), et dans les 5 autres cas, l'amélioration a été suffisamment importante (*obs. n^{os} 5, 7, 8, 9, et 20*) pour transformer la vie de ces malades et leur permettre de reprendre une existence quasi normale. Dans 2 cas (*obs. n^{os} 2 et 7*), il y a eu persistance de vagues sensations paresthésiques, mais parfaitement supportables.

Dans 9 cas, l'échec a été complet (*obs. n^{os} 4, 6, 10, 12, 13, 14, 17*), l'amélioration très temporaire (*obs. n^{os} 3 et 16*).

Lorsque le résultat est positif, il est acquis rapidement (en une semaine), et généralement avec une dose moyenne de 3 comprimés, soit 0,60 g du produit, répartis en 3 prises quotidiennes.

b) Le résultat obtenu dans les 2 cas de névralgie glosso-pharyngienne a été un net succès, permettant dans un cas l'arrêt des analgésiques inscrits au tableau B (*obs. n^o 29*).

Ce fait souligne d'ailleurs la grande similitude de la névralgie glosso-pharyngienne et de la névralgie faciale essentielle.

c) Les névralgies faciales symptomatiques ou atypiques sont moins bien influencées, ce qui est logique étant donné la présence, dans ces cas, d'un facteur lésionnel important et permanent.

Cependant l'amélioration sensible d'une névralgie du trijumeau au cours d'affections incurables (sclérose en plaques — neurofibromatose de Recklinghausen — tumeurs inopérables) a été observée (*obs. n^{os} 23, 24, 25*) et mérite de retenir l'attention en raison de l'absence d'autres ressources thérapeutiques dans ces cas où l'on peut ainsi éviter les opiacés.

TOLÉRANCE

Elle est généralement très satisfaisante.

Sur 30 observations, 4 seulement comportent un effet secondaire dû au médicament. Le plus fréquent est l'apparition de vertiges (*obs. n^{os} 7, 10, 11, 12*) ne semblant pas liés à la posologie (généralement 3 comprimés), voire d'une sensation ébrieuse (*obs. n^o 12*). Des crampes épigastriques sont signalées 2 fois (*obs. n^{os} 7 et 10*), des nausées et un vomissement une fois (*obs. n^o 7*), peut-être en rapport avec le médicament.

Ailleurs, le médicament n'a donné lieu à aucun trouble fonctionnel ni objectif (état cardio-vasculaire et examen clinique — contrôles biologiques et dans certains cas électriques). Un malade (*obs. n^o 15*) a supporté normalement divers examens angiographiques sans aucun trouble. Une malade (*obs. n^o 19*) était dans un état général (vasculaire et rénal) très médiocre; elle n'a présenté aucun trouble dû à l'absorption prolongée du G. 32883. Aucune modification du psychisme n'a été notée.

ASSOCIATIONS MÉDICAMENTEUSES

Aucune intolérance n'a été constatée à l'association de divers antalgiques (salicylés - Palfium), sédatifs (Nozinan - barbituriques) ou antidépresseurs (Tofranil). Dans 3 cas (*obs. n^{os} 8, 9 et 29*), l'association du G. 32883 à ces autres produits a donné de bons résultats, alors que seul il ne produisait aucun effet de soulagement chez les malades.

DISCUSSION

La discussion quant au mécanisme qui donne naissance aux crises douloureuses dans la névralgie essentielle du trijumeau est toujours ouverte. Mais là n'est pas l'objet de notre étude. Nous nous proposons dans cet ouvrage d'étudier les propriétés thérapeutiques d'un nouvel anticonvulsivant, le G. 32883 ou Tegretol, et de démontrer qu'il était capable de supprimer les crises douloureuses dans la névralgie faciale.

Les résultats obtenus avec ce produit sont incontestablement meilleurs que ceux obtenus avec les traitements médicamenteux antérieurs. Le traitement chirurgical de cette affection n'est pas sans inconvénients, les médicaments dont on dispose sont peu efficaces ou toxiques à long terme.

La diphényl-hydantoïne a probablement une action spécifique dans la névralgie trigéminal. Elle est indiscutablement active à fortes doses, mais n'est pas toujours bien tolérée si elle est administrée longtemps. Sa faible marge thérapeutique ne lui permet pas un emploi très étendu.

Le G. 32883, qui est remarquablement bien toléré, a donné des résultats spectaculaires dans un très grand nombre de cas. Le traitement n'est pas curatif, mais il a permis de soulager les malades de façon appréciable.

Un problème particulier se pose chez les sujets atteints à la fois de sclérose en plaques et de névralgie du trijumeau, celle-ci devant être considérée comme symptomatique de celle-là. Ces malades présentent des lésions étendues et irréversibles du tronc cérébral et du cervelet, et, de ce fait, sont moins bien influencés par la thérapeutique. Une amélioration sensible de la névralgie du trijumeau a pu être cependant observée dans quelques cas.

La similitude des effets de la diphényl-hydantoïne et du G. 32883 sur les convulsions et la névralgie faciale n'est sûrement pas une coïncidence. Mais l'état actuel de l'expérimentation chez l'animal et de l'expérimentation clinique ne nous permet pas de conclure quant

au mécanisme d'action de ces deux anticonvulsivants dans le traitement de la névralgie faciale. Certains auteurs ont cependant montré, par leurs expérimentations chez l'animal, qu'ils agissent sur les réflexes bulbaires et spinaux en inhibant les réflexes polysynaptiques et plus particulièrement le réflexe linguo-mandibulaire. On est en droit de penser que ce sont ces propriétés qui sont utilisées dans cette thérapeutique.

CONCLUSIONS

Nous nous étions proposé d'étudier la valeur thérapeutique du G. 32883 dans la névralgie du trijumeau.

I. — Le G. 32883 est une thérapeutique efficace de la névralgie du trijumeau. Il est capable de supprimer entièrement et immédiatement (en vingt-quatre heures) une crise douloureuse aux doses thérapeutiques habituelles, généralement de 600 mg répartis en trois prises quotidiennes.

Thérapeutique efficace, mais non absolue toutefois : nous avons enregistré quelques échecs dans nos observations et, dans certains cas, nous avons dû recourir à l'alcoolisation du ganglion de Gasser ou à une intervention chirurgicale.

Cependant, il est très remarquable de constater que lorsque le traitement est efficace, il l'est à doses modérées et immédiatement.

II. — Il s'agit d'une thérapeutique symptomatique : le G. 32883 ne modifie pas l'évolution générale de la maladie de Trousseau ; en cas de cessation trop précoce du traitement, il y a rechute. En effet, dans ces cas, dès que le traitement est interrompu, la douleur reparaît avec son intensité primitive dans un délai de quelques heures, parfois quelques jours. La reprise du traitement aux mêmes doses entraîne à nouveau une suppression de la douleur, dans les mêmes délais qu'initialement.

III. — Le G. 32883 est une thérapeutique spécifique de la névralgie du trijumeau et de la névralgie glosso-pharyngienne. Il a, en effet, donné de très bons résultats dans cette dernière, ce qui ne fait que souligner la grande similitude qui existe entre ces deux affections. Il reste inefficace vis-à-vis d'autres syndromes douloureux de la face ou des membres.

IV. — La tolérance est, en règle, très bonne aux doses thérapeutiques usuelles de 600 mg par jour. Dans certains cas, cette dose moyenne est apparue comme insuffisante et on a pu atteindre sans inconvénients des doses de 1.200 mg par jour.

Les manifestations d'intolérance les plus fréquentes, liées au médicament, sont l'apparition de vertiges ou de sensations ébrieuses. Des troubles digestifs à type de nausées, vomissements ou crampes épigastriques ont été observés dans quelques cas. Plus rarement, on a pu voir apparaître des manifestations cutanées bénignes.

Ces effets secondaires sont généralement peu importants et cessent à l'arrêt du traitement. Dans le plus grand nombre de cas, une réduction momentanée des doses a permis de continuer le traitement qui a été amené en quelques jours à la dose suffisante sans inconvénients durables. Dans quelques rares cas, la persistance des troubles secondaires, même à petites doses, a exigé l'interruption du traitement.

Du point de vue biologique, aucune anomalie n'a pu être observée au cours de deux années d'expérimentation. Des contrôles fréquents de la numération et formule sanguine, des épreuves de labilité du sérum, des épreuves de la fonction rénale n'ont jamais donné de résultats pathologiques.

V. — Le recul est trop court pour tirer définitivement une conclusion quant à l'effet à long terme du G. 32883. L'expérimentation, encore trop récente, ne permet pas d'avoir une opinion précise à ce sujet. Il semble, toutefois, que les cas qui aient présenté un épuisement d'action de la drogue soient exceptionnels.

VI. — L'action du G. 32883, médication étudiée antérieurement pour son effet anti-épileptique, doit être rapprochée de l'action sur la névralgie du trijumeau des hydantoïnes. Cette action s'exerce certainement sur l'excitabilité des groupes de neurones constituant le noyau du trijumeau. La disparition de toute douleur provoquée par l'excitation de la « trigger zone » témoigne en faveur de ce mécanisme d'action. Il est impossible, actuellement, d'aller plus loin dans l'explication physio-pathologique de cet effet thérapeutique.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
CASTAIGNE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1. SIGWALD (J.) et RAVERDY (Ph.). — Le traitement médical de la névralgie essentielle du trijumeau. (*Entretiens de Bichat, Thérapeutique*, 1963, 142-143.)
2. BLOM (S.). — « Tic douloureux » treated with new anticonvulsivant. (*Archives of Neurology*, septembre 1963, vol. 9, pp. 285-290.)
3. BERGOLIGNAN (M.). — *Rev. Laryng. Paris*, 1942, 63, 34.
4. BRAHAM (J.). — *Lancet*, 1950, p. 892.
5. REEVE (H.S.). — *Lancet*, 1961, p. 404.
6. BERGOLIGNAN (M.). — *Revue Neurologique*, 1963, tome 108, n° 1, p. 65.
7. BLOM (S.). — Trigeminal neuralgia : its treatment with a new anticonvulsant drug (G. 32883). (*The Lancet*, 21 avril 1962, 839-840.)
8. BONDUELLE (M.), SALLOU (Cl.) et CHEMALY (R.) (Paris). — Bilan de l'expérimentation clinique de l'anti-épileptique G. 32883 (5-carbomoyl-5-H-dibenzo-b-f-azépine). Résultats de 89 observations. (*III^e Congrès du Collège International de Neuro-Psycho-Pharmacologie*, Munich, 2-5 septembre 1962.)
9. LORGE (M.) (Zurich). — Ueber ein neuartiges Antiepilepticum aus der Iminostilbenreihe (G. 32883). (*III^e Congrès du C.I.N.P.*, Munich, 2-5 septembre 1962.)
10. PAKESCH (E.). — Recherches sur un anti-épileptique d'un type nouveau. (*Wien. Med. Wschr.*, 1963, 113, 42-43, 794-796.)
11. TCHICALOFF (M.) et PENNETI (F.). — Résultats thérapeutiques d'un nouvel anti-épileptique le Tegretol. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1963, n° 47, 1664-1666.)
12. HERNANDEZ-PEON (Mexico). — Anticonvulsive action of G. 32883. (*III^e Congrès du C.I.N.P.*, Munich, 2-5 septembre 1962.)
13. BONDUELLE (M.) et SALLOU (Cl.). — Traitement de l'épilepsie. (*Thérapie*, 1963, 18, 3, 543-548.)

14. LORGE (M.). — Klinische Erfahrungen mit einem neuen Antiepilepticum, Tegretol (G. 32883) mit besonderer Wirkung auf die epileptische Wesensveränderung. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*.)
 15. THEOBALD (W.) et KUNZ (H.A.). — Zur Pharmacologie des Epilepticums 5-carbamyl-dibenzo (b, f) azepine. (*Arzneimittelforschung*, 1963, 13, 2, 122-125.)
 16. BONDUELLE (M.), HOUDART (R.) et BOUYGUES (P.). — Traitement de la névralgie du trijumeau par un dérivé de l'iminostilbène, le G. 32883. (*Revue Neurologique*, Paris, 1963, tome 108, n° 1, pp. 61-65.)
 17. BLOM (S.). — The effects of Diphenylhydantoin and Lidocaine on the linguomandibular reflex in decerebrate cats. (*Arch. Neurol.*, 1963, 8, 506-509.)
 18. STOOKEY (B.). — Trigeminal neuralgia. (Springfield, Ill., 1959.)
 19. TROUSSEAU. — Cliniques.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Tegretol	13
— <i>Caractéristiques physico-chimiques</i>	13
— <i>Expérimentations sur l'animal</i>	14
— <i>En pathologie humaine</i>	15
Expérimentation clinique dans la névralgie essentielle du trijumeau	17
Observations	20
— <i>Névralgies faciales essentielles</i>	20
— <i>Névralgies faciales atypiques ou symptomatiques</i>	26
— <i>Névralgie du glosso-pharyngien</i>	28
Résultats	30
Discussion	32
Conclusions	35
Bibliographie	37

